FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° 210

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 *avril* 1907, *à* 1 *heure*

Par A. TRAPENARD

CONSIDÉRATIONS

SUR

L'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF DU VAGIN

Président : M. CORNIL, *professeur.*

Juges : MM. ROGER et THOINOT, *professeurs.*
JEANSELME, *agrégé.*

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N..... PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	TEISSIER
BRANCA	FAURE	MAILLARD	THIROLOIX
BEZANÇON	GOSSET	MARION	VAQUEZ
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	WALLICH
BROCA (André)	JEANSELME	MERY	
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur CORNIL

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ANCIEN MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Nous tenons à remercier nos premiers maîtres de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand : MM. Bousquet, Du Gazal, Dieulafé, Dionis, Du Séjour, Maurin, Planchard, Pojolat qui nous ont initié à l'art médical.

Parmi nos maîtres de Paris, M. le professeur Hayem, MM. Maygrier et Broca nous laissent un souvenir durable. Nous nous souviendrons de leurs leçons claires et précises. Qu'ils reçoivent ici l'hommage de notre gratitude.

Nous n'aurons garde non plus d'oublier M. le Dr Barathier (de Bellenaves). Les conseils de pratique journalière qu'il nous prodiguait pendant les vacances ont été pour nous du plus grand profit. Son dévouement inlassable pour ses malades restera le modèle que nous nous efforcerons d'imiter.

M. le Dr Klippel nous a inspiré cette thèse ; il nous a guidé dans ce travail, qu'il veuille bien accepter ici l'assurance de nos sentiments les plus dévoués.

Nous exprimons enfin toute notre reconnaissance à M. le professeur Cornil qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

∴

Notre travail comporte trois parties principales.

Tout d'abord, après un aperçu rapide de l'anatomie du vagin, nous étudierons l'étiologie de l'épithélioma ; et les observations que nous avons recueillies, jointes aux données de l'anatomie, nous permettront d'entrevoir les causes occasionnelles, dont le rôle semble indiscutable dans l'apparition de la tumeur.

Puis, envisageant l'épithélioma pavimenteux, nous examinerons ses rapports avec la leucoplasie vaginale

Nous décrirons ensuite l'épithélioma cylindrique ; pour terminer enfin cette étude rapide par les particularités du pronostic, surtout au point de vue obstétrical.

AVANT-PROPOS

Historique

La question de l'épithélioma primitif du vagin a intéressé depuis longtemps les anatomistes et les chirurgiens. Mais si les symptômes et les modes opératoires en sont parfaitement exposés dans les traités classiques, il existe encore beaucoup à observer et à dire au point de vue de l'étiologie et de l'anatomie pathologique de cette lésion. Aussi M. le Dr Klippel a-t-il cru qu'un travail sur ces deux points ne manquerait pas d'intérêt et nous a-t-il engagé à faire de nouvelles recherches.

La plupart des observations sont en effet des observations cliniques ; très peu relatent les caractères macroscopiques et histologiques de la tumeur néoplasique ce sera là l'objet principal de notre étude.

Morgagni semble avoir donné la première observation d'un épithélioma vaginal. Mais, était-il bien primitif ? On en peut douter, la lésion s'étendait en effet à l'utérus et à la vessie.

En 1827 *Cruveilher* traite cette question à la Société anatomique.

Lisfranc, Chassaignac, Nélaton publient de nouveaux cas. Une étude plus complète est celle de West, elle repose sur 19 cas.

Puis en 1875 Rondot étudie le cancer de la vulve et du vagin.

En Allemagne le premier mémoire est de Küstner en 1876, il rapporte 22 cas.

Citons aussi les travaux de Brükner 1881 : Hirsch, 1883; Breciky, 1886.

Mais c'est surtout les thèses de Bernard, 1894, plus tard celle de Bonnefons, 1902, qui établissent définitivement les caractères d'ensemble de l'épithélioma primitif. Celles de Duplay sur les chorio-épithéliomas primitifs du vagin en 1904 et la même année celle de Rollin sur les tumeurs solides et primitives viennent s'ajouter aux précédentes observations.

Un point intéressant, les rapports de l'épithélioma et de la leucoplasie vaginale a été l'objet des travaux de Reclus et Pichevin.

Puis en 1905, Schmiedelechner faisait paraître plusieurs observations dans la *Revue gynécologique de Berlin*.

Pothérat, Rollin s'occupèrent également de cette question.

Opposé à l'épithélioma pavimenteux, l'épithélioma cylindrique était décrit pour la première fois cette même année par MM. Polosson et Violet. Nous en verrons plus loin tout l'intérêt pathogénique.

Enfin récemment Legueu faisait une communication très intéressante, au point de vue du pronostic de cette tumeur, à la Société de Chirurgie.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE DU VAGIN. — ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

A. — Anatomie.

Dans le traité classique de Poirier, Rieffel écrit : « Le vagin est le conduit élastique, musculaire et muqueux qui, s'insérant sur le col utérin, traverse le plancher pelvien et débouche à la partie profonde de la vulve dont il est séparé par l'hymen ou ses débris. Il représente l'organe de copulation de la femme... C'est enfin le canal qui, au moment de l'accouchement, livre passage au produit de la conception. »

Définition et description aussi claires que complètes et sur lesquelles nous aurons à revenir.

Le vagin mesure en moyenne 7 à 8 centimètres de l'orifice externe du col à l'ouverture hyménéale. Mais les deux parois n'ont pas une égale longueur. La paroi antérieure s'insère presque au bord de la lèvre anté-

rieure, la postérieure au contraire remonte derrière la lèvre correspondante pour se fixer à son bord supérieur. La paroi postérieure dépasse donc l'antérieure de 12 à 13 millimètres. Ces insertions expliquent les culs-de-sac antérieur, postérieur et latéraux.

Près de l'extrémité supérieure les parois du vagin sont généralement lisses et unies chez l'adulte et, à mesure que l'on approche de l'extrémité vulvaire, apparaissent des saillies et des crêtes de plus en plus accentuées, des rugosités.

Mais ce qui frappe d'abord c'est la présence d'un bourrelet longitudinal sur chacune des parois antérieure et postérieure ; ce sont les colonnes du vagin qui, pour certains auteurs représentent les restes des canaux de Wolf. A côté de ces colonnes on observe une série de rides, de plis, surtout nombreux à la partie inférieure. Tous ces plis sont entrecoupés par des sillons irréguliers donnant un aspect souvent mis en parallèle avec la muqueuse linguale. Cette muqueuse vaginale nous apparaît donc tourmentée, inégale, hérissée de crêtes, de tubercules. Quel est le rôle de ces plis ?

S'agit-il de « plis de réserve » pour la dilatation en longueur et en largeur du vagin au moment de la parturition. Sappey et Tarnier admettent que leur usage se rattache plutôt à l'accouplement et qu'ils le favorisent en multipliant les frottements.

Trois tuniques constituent le vagin :

1° Tunique externe ou cellule fibreuse.

2° Tunique moyenne musculaire.

3° Tunique interne ou muqueuse.

C'est de cette dernière que nous nous occuperons puisqu'elle est le point de départ des tumeurs qui nous intéressent.

Forte de 1 à 1/2 millimètre surtout à la partie supérieure elle se continue en bas avec la muqueuse vulvaire, en haut avec la muqueuse du col utérin.

La muqueuse vaginale est constituée par deux couches, un épithélium et un derme.

1° L'épithélium est pavimenteux, stratifié, c'est-à-dire en allant de la surface vers la profondeur : une assise en voie de desquamation ; une assise de cellules semblables mais dentelées, épineuses sur leurs bords, enfin une assise basale à éléments cylindriques ou prismatiques.

Cet épithélium est si dense, si épais qu'il masque à l'état normal les papilles sous-jacentes. Le derme renferme de très nombreuses et longues papilles plus développées dans la partie inférieure du vagin et contenant capillaires sanguins et lymphatiques.

Le vagin puise son sang à des sources assez nombreuses qui toutes communiquent entre elles. Les artères vaginales supérieures viennent de l'utérine ; les moyennes de la vésico-vaginale, les inférieures de l'hémorroïdale moyenne. La vascularisation est surtout riche près de l'orifice inférieur et dans les colonnes du vagin.

Les veines sont des plus nombreuses mais inégalement développées sur les divers points de l'organe. Elles forment, sur la paroi antérieure, des réseaux assez serrés, mais c'est surtout sur chacun des côtés du vagin

qu'on rencontre un plexus très développé. Ces plexus se continuent en haut avec le plexus utérin, en bas avec les veines bulbeuses et labiales postérieures en avant avec le plexus vésical uréthral et clitoridien en arrière avec les plexus hémorroïdaux.

Le système vasculaire lymphatique du vagin consiste en un réseau serré dans lequel les vaisseaux lymphatiques communiquent souvent ensemble et avec ceux des organes génitaux. Les vaisseaux lymphatiques de la partie inférieure du vagin conduisent aux ganglions inguinaux et dans les ganglions plus profondément situés. Ceux de la partie moyenne conduisent dans les ganglions hypogastriques et dans les ganglions qui accompagnent l'artère utérine, pendant que les vaisseaux lymphatiques de la partie supérieure sont tout à fait unis avec le système des ganglions du col. De la partie postérieure du vagin les lymphatiques s'en vont vers le rectum, suivant la direction des artères hémorroïdales et débordant les parois rectales ; ils vont dans les petits ganglions hémorroïdaux supérieurs et méso-rectaux.

On a décrit sur les parois latérales, à l'entrée du vagin, des glandes que certains anatomistes considèrent comme des diverticules des glandes de Bartholin, mais sur la paroi antérieure et sur toutes les autres parties de cet organe, on admet généralement qu'il n'existe pas de glandes vaginales.

Cependant sur la paroi antérieure, deux productions à revêtement cylindriques ont été décrites : 1° les glandes para-uréthrales ou glandes de Skene, et 2° les restes

embryologiques des canaux de Gartner dans leur partie terminale.

« Les glandes de Skene ou para-uréthrales sont situées de chaque côté de la paroi inférieure du segment vulvaire de l'urèthre. Leurs canaux excréteurs au nombre de deux débouchent de chaque côté du méat à 5 millimètres de lui sur la pupille uréthrale.

Ces canaux cheminent, d'abord parallèlement à l'urèthre, dans l'épaisseur de la couche sous-muqueuse, deviennent obliques et, plongeant sur une étendue de 5 millimètres à 3 centimètres, traversent la tunique musculaire et s'épanouissent en un nombre variable de-culs-de sac glandulaires dans l'épaisseur du septum uréthro-vaginal. Ces acini sont tapissés d'un épithélium simple.

Quant aux canaux de Gartner, reste plus ou moins complet des canaux de Wolf, ils partent de la région du parovaire, gagnent les parties latérales du col, puis les parois vaginales qu'ils suivent pour venir se terminer au niveau du vestibule vulvaire en se rapprochant peu à peu sur la paroi antérieure du vagin.

B. — Étiologie.

FRÉQUENCE

1° *Par rapport aux autres cancers.*

L'épithélioma primitif du vagin est rare. Tous les auteurs qui se sont occupés de cette question sont d'ac-

cord sur ce point et c'est ce qui ressort nettement, du reste, de toutes les statistiques.

Walshe n'en relève que 14 cas sur 3.076 cancers des organes génitaux de la femme.

D'après Bergel sur 8.287 cas de mort par cancer, à Paris, 14 seulement sont dus au cancer du vagin.

Martin donne une proportion de 1 0/0.

Pour Gurlt la proportion serait de 0,19 0/0.

Pour Schwarz à Berlin elle est de 0,24 0/0.

Enfin pour M. Pozzi, elle est de 0,42 0/0.

Bernard constate que sur 475 femmes soignées dans le service du professeur Pozzi on a relevé 2 cas seulement d'épithélioma primitif.

2° *Par rapport aux autres cancers.*

Cette rareté est d'autant plus frappante, qu'à côté du vagin, l'utérus est un des organes de la femme le plus souvent atteint par le néoplasme. Eppinger a rencontré à l'Institut pathologique de Prague 79 cas de cancer de l'utérus et seulement 3 cas de cancer primitif du vagin.

Schmideleschner dit de son côté dans les *Archives de gynécologie* 1905 : « Notre clinique qui compte depuis vingt-trois ans plusieurs milliers de cas de cancer n'a eu que sept cas de cancer du vagin. »

Pour Zizold la cause de cette rareté vient de la constitution anatomique du vagin. Nous avons vu en effet que ce conduit est à peu près totalement dépourvu de glandes. Les seules connues, glandes de Skene, prêtent

encore à la discussion. L'épithélioma glandulaire fera donc ici défaut.

Cependant d'après West on aurait beaucoup exagéré a rareté de cet épithélioma et il cite à l'appui de son opinion dix-neuf observations personnelles. D'ailleurs, dans les observations que nous rapportons, il faut noter l'absence de douleurs à peu près générale chez tous ces malades, dont beaucoup viennent consulter pour les symptômes d'autres affections. Et cela permet de supposer que beaucoup de ces tumeurs malignes passent inaperçues ou ne sont vues que lorsque la généralisation s'est produite. Alors on songe à un cancer du col utérin et le diagnostic semblant évident on néglige de faire un examen histologique. L'observation II de Rollin en est une belle preuve. L'examen clinique était absolument insuffisant pour élucider la question du début. Le col était à peu près détruit et l'examen microscopique a seul, pu montrer le point de départ vaginal. L'observation IX est non moins concluante.

Nous croyons donc que les chiffres des statistiques citées plus haut ne sont pas très exacts et qu'*ils seraient modifiés si des examens histologiques étaient faits pour chaque observation.*

Causes prédisposantes.

a) *Age.* — C'est surtout de 30 à 60 ans qu'on observe cette affection avec prédominance entre 30 et 50 ainsi qu'il résulte des statistiques de Willams. Dans les qua-

rantes observations que nous avons collationnées nous trouvons :

2	cas	de	20	à 30	ans
15	—		30	à 40	—
10	—		40	à 50	—
7	—		50	à 60	—
4	—		60	à 70	—
2	—		70	à 80	—

Cette statistique est donc à peu près semblable à celle de Willams. Pourquoi donc cette prédominance à cet âge ? La menstruation cesse de 35 à 40 ans chez un huitième des femmes, de 40 à 45 chez environ un quart, de 45 à 50 chez environ la moitié, de 50 à 55 chez environ un huitième. Nous croyons que les rapports qui existent entre la ménopause et l'évolution de l'épithélioma ne sont pas de simples rapports de coïncidence. Les troubles si divers qui surviennent à ce moment dans tout l'organisme de la femme ne nous semblent pas étrangers à la production de ces tumeurs malignes.

Hérédité. — L'hérédité ne semble pas avoir un grande influence. Dans nos observations nous ne trouvons qu'un seul cas (observation V) où l'influence semble nette.

Grossesse. — Le rôle de la grossesse semble aussi avoir une influence bien peu considérable. Dans les observations IV, V, X et XX les malades n'avaient eu qu'une grossesse et Küstner a même rassemblé six cas où les malades étaient vierges.

C. — Pathogénie et causes occasionnelles.

En abordant ce chapitre de la pathogénie, nous n'avons pas l'intention de discuter toutes les théories émises pour expliquer les tumeurs. Rien encore sur cette question intéressante du cancer n'a été fait de définitif. Chaque théorie a eu ses défenseurs, chacune aussi a eu ses détracteurs.

Cependant, dans l'obscurité qui entoure la pathogénie de l'épithélioma du vagin quelques faits assez constants se dégagent et nous nous bornerons à les enregistrer. Voyons auparavant si les épithéliomas cylindriques observés par MM. Polosson et Violet, Pinna, Pintor (observations XII et XIII) peuvent être expliqués.

1° *Épithélioma cylindrique.* — Au premier abord il semble y avoir une contradiction frappante. Un épithélioma cylindrique dans le vagin, conduit, dont la muqueuse est uniquement revêtue d'épithélium pavimenteux.

La première hypothèse qui se présente en effet à l'esprit est celle d'une tumeur secondaire.

Y a-t-il eu greffe ? ou généralisation d'un épithélioma utérin ?

Dans les deux observations se rattachant à ce type et rapportées plus loin (observations XII et XIII) cette hypothèse de tumeur secondaire doit être absolument repoussée. L'observation de MM. Polosson et Violet si complète, si minutieusement prise, nous montre en effet un utérus parfaitement sain, même atrophié car la malade a 56 ans.

Du côté du rectum aussi rien de suspect, la malade n'a jamais eu de troubles de l'intestin. Les mictions étaient également normales. Les annexes semblaient saines. Cette tumeur semble donc bien avoir été primitive car la malade a été suivie jusqu'au bout et tandis que lorsqu'elle a été examinée pour la première fois, elle ne présentait aucun symptôme de cachexie comme cela aurait dû être avec un noyau secondaire de généralisation, les phénomènes généraux ont suivi le développement de la tumeur.

Du reste la célèbre théorie des anomalies soutenue par Conheim explique parfaitement cet épithélioma cylindrique primitif : « Toutes les tumeurs, dit cet auteur, tirent leur origine de cellules embryonnaires restées sans emploi chez l'adulte, sommeillant au sein des tissus et reprenant par la suite, sous des influences accidentelles, toute leur activité formatrice qu'elles avaient conservée en puissance. » Nous avons vu, en effet, dans l'anatomie du vagin, que sur la paroi antérieure de cet organe, on trouve deux productions à revêtement cylindrique : 1° les glandes para-uréthrales et 2° les résidus de la terminaison des canaux de Gartner.

Or nous savons que les canaux de Gartner peuvent être le point de départ de kystes, ils peuvent donc, semble-t-il, donner aussi naissance à des formations néoplasiques malignes. Pourquoi? Sous quelle influence donnent-ils ses productions ? Nous nous heurtons encore à cette question si obscure de la pathogénie de l'épithélioma. Dans les deux observations citées, plus

loin, rien ne donne même un semblant d'explications à ces questions. Ce qui semble certain c'est qu'elles étaient primitives ; ce qui est sûr c'est que l'on a eu affaire à des épithéliomas cylindriques. Mais, si cette théorie des anomalies congénitales explique les épithéliomas cylindriques elle n'explique pas les épithéliomas pavimenteux. Pourquoi cette poussée de vie pathologique ? Pourquoi cette surproduction excessive de tissus ? Peut-on de même les expliquer par les anomalies acquises ? La théorie antagonistique de Thiersch, la théorie de désorientation cellulaire de Fabre-Domergue, la théorie de la monstruosité cellulaire de Bard, la théorie du déplacement cellulaire de Ribert, ne sont que des hypothèses.

Aussi de la première théorie des cancers celle des anomalies, nous ne retiendrons que l'hypothèse émise par Conheim qui semble expliquer l'épithélioma cylindrique.

Il est une deuxième théorie : la THÉORIE PARASITAIRE. Les produits néoplasiques seraient inoculés, il y aurait une véritable greffe cancéreuse. Et cette théorie semble en honneur de nos jours. Isch-Wall publiait en 1905 dans le *Journal de Médecine de Paris*, un article des plus intéressants « à propos de la contagiosité du cancer ». Dans le compte rendu de l'Académie des Sciences de Paris, de la même année, nous trouvons aussi un article de Mayet sur l'inoculation du cancer. Enfin des travaux récents et se rapportant précisément à l'épithélioma du vagin seraient en faveur de cette théorie. Elle nous permettrait d'entrevoir la genèse sinon de la géné-

ralité du moins d'un certain nombre des épithéliomas pavimenteux du vagin.

Il semble bien, en effet, qu'à la suite de ponction d'une ascite cancéreuse, le développement d'un noyau néoplasique, dans l'épaisseur de la paroi abdominale au niveau du trajet du trocart, soit le fait d'une inoculation. « A certains points de vue, dit Hartmann, on pourrait aussi rapprocher des greffes les métastases emboliques et les propagations ganglionnaires qui ne sont que le développement *in situ* de cellules cancéreuses apportées par le courant sanguin ou lymphatique. » Du reste, Hartmann rapporte (1) à ce sujet un fait de greffe vraie, indiscutable et que nous reproduisons observation XVII.

« Bel exemple de *greffe néoplasique spontanée* d'un cancer utérin sur le vagin. L'ulcération du cul-de-sac postérieur du vagin, au lieu de présenter le type de l'épithélioma pavimenteux vaginal, était, comme structure, identique à la tumeur intra-cervicale. Il ne s'agissait donc pas du développement simultané de deux épithéliomas, un pavimenteux dans le vagin, un cylindrique dans l'utérus ; les deux étaient des épithéliomas cylindriques des plus nets et identiques.

Il était donc évident que l'ulcération vaginale n'était pas indépendante de celle du canal cervical et que l'ulcération néoplasique vaginale était secondaire à celle du col utérin, puisque l'épithélioma qui la constituait

1. *Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie.* Séance du 4 février 1907.

reproduisait le type des épithéliomas intra-utérins.

Un seul point peut donc être discuté, celui du mode de propagation de l'épithélioma intra cervical à la muqueuse du vagin. S'agit-il d'une *greffe vraie*? L'ulcération vaginale est-elle consécutive à une *métastase rétrograde* ? La question peut être soulevée. Von Recklinghausen a en effet montré que l'on peut observer, au cours de l'évolution des néoplasmes malins, des métastases qui se font en sens inverse du courant lymphatique normal. Le transport des cellules cancéreuses se fait, en pareil cas, à contre-courant, la lymphe refluant en arrière vers les ganglions sous-jacents, par suite de l'oblitération des voies lymphatiques sous jacentes. C'est ainsi que, par exemple, les ganglions lymphatiques inguinaux peuvent être envahis dans le cancer primitif du corps utérin, qui normalement ne déverse de lymphe que dans les ganglions iliaques et surtout lombaires.

Ce mécanisme de la métastase rétrograde a été pris sur le fait, pour ainsi dire, dans deux observations, l'une de Kaufmann, l'autre de Hellendall, où les coupes des tissus intermédiaires au cancer utérin et aux ulcérations vaginales secondaires montrèrent qu'il y avait, en certains points, de véritables embolies cancéreuses dans les capillaires lymphatiques.

Chez notre malade cette explication pourrait être discutée si les grosses voies lymphatiques de l'étage inférieur du ligament large, qui drainent normalement la lymphe du col, étaient oblitérées et si les cellules néoplasiques avaient reflué vers les réseaux lymphatiques de la partie supérieure du vagin.

On ne peut admettre cette hypothèse dans notre observation. L'examen attentif des ligaments larges ne permit pas de déceler cliniquement la moindre infiltration de ceux-ci et, d'autre part, une série de coupes histologiques, faites par l'un de nous, sur la zone intermédiaire au néoplasme du col et à l'ulcération vaginale, n'ont permis de trouver en aucun point des cellules épithéliales néoplasiques dans les capillaires lymphatiques de la sous-muqueuse ou de la musculaire du vagin. L'absence de récidive après trois ans écoulés autorise de même à écarter toute idée d'envahissement ganglionnaire préopératoire.

Nous sommes donc amenés à conclure qu'il s'agissait bien, dans ce cas, d'une *greffe directe de cellules néoplasiques du cancer du col sur la muqueuse vaginale.*»

Et l'on entrevoit alors toute l'étendue que l'on pourrait donner à cette théorie. Ces cellules néoplasiques greffées directement sur la muqueuse vaginale, pourraient y être apportées par le coït et par tout autre moyen d'infection. Mais il serait peut-être trop hardi de généraliser. M. Mauclaire faisait du reste remarquer, à propos d'autres observations citées, par M. Hartmann, à cette même séance, que l'inoculation post-opératoire n'est pas forcément une greffe, du cancer pouvant se développer sans aucune greffe sur une cicatrice quelconque.

Quoi qu'il en soit, le cas cité plus haut semble des plus nets.

Reste maintenant la théorie de l'IRRITATION. Quelle que soit sa valeur, insuffisante pour expliquer la déso-

rientation cellulaire, nous retrouvons de nombreux cas où le traumatisme aurait joué un rôle important dans les antécédents de la malade. Il semble en effet que tout au moins on ne puisse nier que le traumatisme prépare le terrain, prédispose l'organe pour la production de l'épithélioma.

Nous avons reproduit trois observations dans lesquelles il y avait prolapsus utérin et vaginal, quatre observations dans lesquelles l'épithélioma s'était nettement produit aux lieu et place d'un pessaire trop longtemps gardé et il semble que ces traumatismes incessants de la muqueuse vaginale ont joué un rôle certain dans la production de la tumeur.

L'observation XVII de Meyer est particulièrement nette. Au bout d'un an du port d'un pessaire un examen montre des érosions juste au niveau où le pessaire prenait un point d'appui. Le pessaire est enlevé, les ulcérations guérissent. On remet le pessaire, les ulcérations reviennent. On enlève la tumeur et l'examen histologique montre un épithélioma.

Les observations XVIII (Schmidt); XIX de Schwartz, XX de Banzet sont aussi concluantes.

C'est dans cet ordre d'idées, que Bernard accorde aussi un rôle aux excès de coït et de masturbation. La plus grande fréquence des épithéliums sur la paroi postérieure semblerait aussi pouvoir s'expliquer par ces considérations; la grande quantité de replis de la muqueuse sur cette paroi, augmentant par là même les frottements dans cette région.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Deux sortes de tissus épithéliaux, comme nous l'avons déjà vu, se rencontrent dans le vagin :

1° Tissu épithélial pavimenteux (muqueuse) ;

2° Tissu à épithélium cylindrique (tubes de Gartner, glandes de Skène).

Et suivant la loi formulée par Müller : « Toute tumeur est formée d'un tissu ayant son analogue dans l'organisme normal, soit à l'état embryonnaire, soit à l'état de complet développement », nous trouvons dans cet organe deux sortes d'épithéliums primitifs : L'épithélium pavimenteux avec ses deux variétés lobulaire et tubulé et enfin l'épithélium cylindrique.

Quel que soit l'aspect macroscopique, l'HISTOLOGIE nous montre deux types d'épithéliums pavimenteux dont nous décrirons maintenant les caractères distinctifs.

Mais on peut se demander auparavant s'il n'existe pas une première phase dans l'évolution de l'épithélium, une phase qui correspondrait à la LEUCOPLASIE.

Epithélium et Leucoplasie.

La transformation de la plaque de leucoplasie en épithélium semble admise aujourd'hui. Dans une clinique chirurgicale reproduite dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, M. le professeur Reclus a magistralement démontré les liens qui unissent ces deux affections.

Il a montré l'évolution de la leucoplasie des muqueuses depuis ses lésions les plus légères jusqu'au cancroïde le plus envahissant (Observation XL).

De son côté (dans la *Gazette de gynécologie* 1904). M. Pichevin montre nettement cette transformation: « La leucoplasie s'accrut en étendue, la plaque s'indura, s'excoria, s'épaissit puis à la longue donna naissance à des végétations discrètes. L'examen histologique montra un épithélium. »

Comment donc cette leucoplasie a-t-elle pu donner naissance à un épithélium ? Ce sont deux affections distinctes, mais il semble que là aussi la doctrine de Trélat et Bénier met au point cette question: « La leucoplasie est une sorte d'épine permanente dans l'épaisseur de la muqueuse. Or tous les points de muqueuse qui sont le siège d'une irritation prolongée peuvent devenir le siège d'élection d'un épithélium. »

Mais cette dégénérescence épithéliale n'est pas fatale et la plaque de leucoplasie vaginale peut en rester à ses manifestations les plus bénignes. En tout cas, comme l'affirme M. le professeur Debove : « Il est

impossible d'établir une relation entre la gravité ou l'étendue de la lésion squameuse et l'apparition de l'épithélium. »

On ne peut prévoir non plus au bout de combien de temps cette « complication » ou cette « conséquence directe » surviendra.

On ne saurait donc considérer la leucoplasie vaginale comme un stade, une période, le premier degré de l'épithélium. Il n'y a pas entre celle-ci et celui-là une chaîne ininterrompue qui conduise des lésions de l'une aux lésions de l'autre.

Son siège. — Il semble que l'épithélium ait une prédilection pour la paroi postérieure ; c'est ainsi que sur les treize observations que nous rapportons, nous avons huit cas où la tumeur a débuté sur la paroi postérieure et trois sur la paroi antérieure. C'est surtout à la partie supérieure de cette paroi qu'il prend naissance et entre le col et la tumeur il existe, le plus souvent, une bande de tissu sain. Cependant, la tumeur peut débuter au point où la muqueuse vaginale se continue avec celle du col, c'est *l'épithélioma liminaire* de Pozzi. L'épithélioma envahit alors à la fois le col et le vagin, et c'est pour connaître le début de cet épithélioma qu'un examen histologique est nécessaire.

Après la paroi postérieure, c'est sur la paroi antérieure que siège, le plus souvent, l'épithélioma. La vessie et l'urèthre peuvent alors être intéressées.

Sur la partie moyenne du vagin nous trouvons l'épithélioma annulaire en forme de corne, de demi-croissant il est rare.

Macroscopiquement ces tumeurs se présentent sous deux formes bien distinctes :

1° Une forme papillaire,

2° Une forme infiltrée.

1° La première apparaît comme un bourgeonnement, c'est le classique « chou-fleur » avec ses papilles exhubérantes, saignantes au moindre frôlement. C'est celle pour laquelle les malades viennent consulter lorsque le moindre toucher du vagin amène un peu de sang. La malade en prenant une injection voit la canule rougie ; on voit la chemise tachée en rouge après le coït. (Obs. I). Ce chou-fleur est caractéristique avec sa couleur framboisée. Il peut atteindre la grosseur d'une mandarine mais on voit tous les intermédiaires depuis le petit bourgeon semblable à une noisette. On voit grossir ce bourgeon et devenir tumeur conséquente avec sa base indurée mobile d'abord puis envahissant le vagin tout entier et les organes avoisinants. Ce chou-fleur s'ulcère bientôt et dans le voisinage, la muqueuse du vagin enflammée dans la suite apparaît couverte d'exsudats, d'érosions pendant que l'épithélium est luisant et forme comme des taches blanches, rondes, insulaires.

De l'ulcération s'écoule un ichor fétide et c'est le plus souvent ce suintement qui attire l'attention du malade.

2° La deuxième forme est aussi nette, aussi caractéristique, c'est elle qui transforme le vagin en tube rigide dur, ce tube qu'il faudra lacérer pour permettre à l'accouchement de se faire. Au lieu de proliférer à l'extérieur, dans la lumière du tube, elle rampe dans

les parois elle prolifère à l'intérieur, envahissant toutes ces parois, les durcissant et empêchant la dilatation de ce conduit. Aussi le toucher aura-t-il peine à se faire, l'examen au spéculum sera-t-il impossible. C'est dans ces cas, où l'accoucheur est obligé d'intervenir sous peine de dégâts considérables lors de l'expulsion du fœtus rendue même quelquefois impossible.

Cette forme saigne moins que l'autre, mais la surface extérieure est cependant fissurée, quelquefois profondément et peut même donner lieu à de grosses hémorragies.

Entre ces deux formes schématiques, on trouve tous les intermédiaires. Elles sont même souvent associées et telle observation où l'épithéliome est nettement papillaire, produit aussi un rétrécissement du vagin tel que l'examen au spéculum est impossible.

Voyons maintenant l'aspect histologique des deux variétés d'ÉPITHÉLIOMA PAVIMENTEUX.

a) *La variété lobulée* est la plus commune, nous en avons réuni huit observations avec examen histologique très net, très concluant. Elle est caractérisée par ce fait que les masses épithéliales tendent à conserver le type de massues qu'elles ont dans leur premier développement ; ce sont ces massues qui prennent le nom de lobules épithéliomateux. En général ces lobules restent reliés par un pédicule aux lobules d'où ils procèdent ou à la couche épithéliale recouvrant l'ulcération. Le pédicule peut aussi s'étrangler et le lobule prend alors la forme sphérique.

L'épithélioma de ces masses est du type de celui des

papilles. De la périphérie au centre de ces lobules on trouve successivement une couche cylindrique, une ou plusieurs couches de cellules malpighiennes polyédriques et dentelées, enfin des cellules progressivement aplaties et devenues squameuses. Ces dernières s'amoncèlent, se tassent, s'aplatissent ; elles s'imbriquent « en bulbe d'oignon » et forment ainsi des globes épidermiques.

b) Dans l'*épithélioma tubulé*, les formations épithéliales se présentent comme un réseau de cordons ou travées cellulaires anastomosées. Les cellules épithéliales sont cohérentes et semblables à celles du corps muqueux de Malpighi.

Ces cellules n'ont pas de tendance à s'aplatir en se rapprochant de l'axe de la travée. Mais fréquemment une nécrose centrale amène la désintégration des cellules axiales et creuse une cavité dans la colonne cellulaire, la transformant en un tube.

Les tubes épithéliaux pleins de ces cellules sont parfois renflés formant des lobules plus ou moins arrondis. Les cellules implantées sur la paroi sont cylindriques, perpendiculaires à la paroi, disposées comme dans la couche inférieure du revêtement épithélial du vagin.

Au milieu quelques leucocytes mono et polynucléaires.

Quant à l'épithélioma CYLINDRIQUE observé par MM. Polosson et Viollet, il se présenta comme petite tumeur de la grosseur d'une pièce de deux francs à base indurée pas très friable ni très saignante.

L'aspect était rougeâtre, framboisé. Dans l'observa-

tion de Pinna Pintor, l'orifice vaginal était rétréci et la tumeur à peu près de la grosseur de la précédente, de couleur rosée, d'aspect fongueux, était friable et saignait facilement.

L'épithélium pavimenteux cesse à un moment, brusquement, il s'amincit peu à peu aux dépens de ses couches internes. Au-dessous on aperçoit quelques formations kystiques bordées d'un épithélium cylindrique élevé à une seule couche. Ces formations kystiques sont de calibre variable, elles ont presque toute une lumière ; elles plongent dans un tissu conjonctif assez tâche à la superficie, assez dense dans la profondeur.

L'épithélium de ces kystes est à cellules hautes, sans cils, à noyaux situés à la base. Sur une coupe en travers c'est un très bel aspect de nid de guêpes.

Évolution anatomique. — L'évolution de ces épithéliomes est rapide. Ils ne s'étendent pas seulement en largeur mais ils s'enfoncent rapidement dans la profondeur. L'épithéliome du corps de l'utérus attaque lentement sa forte musculature mais dans le vagin il traverse très facilement la faible musculature. Les lymphatiques se chargent ensuite de le transporter et c'est ainsi qu'une généralisation des plus rapides est presque la règle.

Du reste dans les observations que nous reproduisons nous assistons aux diverses étapes de cette marche en avant.

C'est d'abord la PHASE LOCALE, *progrès* continu de la masse néoplasique primaire. Sur les limites de la tumeur nous retrouvons le tissu primitif et nous assis-

tons dans les examens histologiques (Latteux, observation IV) aux divers stades que va subir le tissu. Nous voyons d'abord cette zone caractérisée par l'infiltration épithéliale s'irradiant dans tous les sens. Un peu plus profondément des masses serrées de cellules arrondies, véritables bataillons d'invasion qui méthodiquement envahissent les parties profondes et s'y installent petit à petit définitivement. Leur victoire avait du reste été préparée par ces autres cellules embryonnaires qui les précèdent et que nous retrouvons plus avant dans le tissu conjonctif profond surtout autour des gros vaisseaux dont les parois sont épaisses. Cette prolifération va plus loin et se prolonge entre les faisceaux musculaires.

Et c'est ainsi que *par voisinage* la tumeur envahit l'utérus, le col d'abord, si bien que la lésion vue à ce moment il serait impossible à la clinique seule de dire quel est le point primitif de la tumeur (Obs. II et IX).

Par voisinage aussi quand la tumeur est située sur la paroi postérieure elle peut envahir le rectum.

Sur la paroi antérieure c'est l'urètre, le méat, la vulve et même la vessie.

Vient ensuite la SECONDE ÉTAPE de l'évolution de l'épithélioma et c'est au niveau des ganglions tributaires du département lymphatique auquel correspond la région du vagin que nous allons la trouver. Les cellules épithélioïdes charriées par les vaisseaux lymphatiques vont se greffer dans les ganglions correspondants, ils s'y arrêteront un temps et nous avons les adénites.

Adénite inguinale pour les parties inférieures du

vagin ; adénite hypogastrique et adénite autour de l'artère utérine pour la partie moyenne.

Enfin, nous savons que les lymphatiques de la partie supérieure sont les mêmes que ceux du col.

De la paroi postérieure du vagin les lymphatiques s'en vont vers le rectum suivant la direction des artères hémorroïdales et débordent les parois rectales, ils vont dans les petits ganglions hémorroïdaux supérieurs et méso-rectaux. Et ces adénites profondes font que la clinique ne les mentionne pas à part les adénites inguinales (Observations XXIII, XXIV, XXV, etc.). C'est peut-être aussi l'explication des insuccès opératoires, de ces récidives presque sûres. C'est peut-être aussi l'explication du beau résultat de M. le professeur Legueu. Sa large opération dans laquelle il enlève tout le vagin et la paroi du rectum correspondante lui permit peut-être d'enlever tous les lymphatiques atteints secondairement.

Après l'envahissement des ganglions, LA TROISIÈME ÉTAPE DE L'ÉVOLUTION de l'épithélioma du vagin commence, c'est la phase de généralisation par embolies par greffage. Ces sortes d'embolies néoplasiques admises aujourd'hui transportent et greffent à distance soit des cellules, soit des organismes pathogènes et c'est ainsi que des organes très éloignés de la lésion primitive peuvent être atteints (Obs. XXVII).

La voie lymphatique n'est du reste pas la seule et la voie sanguine est aussi des plus nettes, qu'elle soit secondaire par l'intermédiaire du canal thoracique, ou qu'elle intervienne d'emblée par l'intermédiaire

d'une veine. Cependant comme tout épithéliome pavimenteux, celui du vagin a peu de tendance à la généralisation sanguine.

Nous n'avons pas pu trouver d'observations où une lésion veineuse (phlébite par exemple, vienne apporter une confirmation nette de ce mode de propagation.

CHAPITRE III

PRONOSTIC

A) *Complications causées par l'épithélioma primitif du vagin dans les accouchements.* — Il était intéressant d'étudier cette question et nous avons pu réunir quatorze observations sur ce sujet, mais malheureusement une seule était accompagnée d'examen histologique. Aussi peut-on se demander s'il ne s'agissait pas dans beaucoup de ces cas de chorio-épithéliomes, tumeurs aussi malignes que les épithéliomes et si bien étudiées dans la thèse de Duplay (1904).

Quoi qu'il en soit, de l'examen de ces quatorze observations voici ce qu'il semble résulter :

Toujours, la grossesse et l'accouchement semblent donner un coup de fouet à l'évolution de la tumeur. La généralisation est rapide (Obs. XXVII), la mort de la mère aussi soit du fait de l'épithéliome, soit souvent de l'infection secondaire. La tumeur se dilacère très souvent, et le vagin se déchire; dans le cas de Philippe qui fit un forceps sans débrider, il y eut déchirure complète de la paroi.

Dans toutes ces observations, tous les auteurs sont d'accord pour dire que l'état général de la malade s'aggrava rapidement *post partum*.

L'enfant par contre semble peu avoir à souffrir, (*quoad vitam*) tout au moins, de cette lésion de la mère Une seule fois Küstner provoqua l'accouchement avant terme, le fœtus étant mort.

Ce même auteur vit un accouchement spontané au septième mois et dans l'observation XXIX on voit aussi l'accouchement se faire au septième mois. Mais dans tous les autres cas que l'opération de la tumeur soit faite avant terme (Obs. XXX) ou non, l'enfant est né à terme et vivant.

Quant à la conduite à tenir, il semble qu'elle doive être différente suivant les cas.

Si la tumeur est petite ! bien localisée, si le vagin n'est pas rétréci, il semble que l'on doive se borner à laisser l'accouchement se faire seul. Dans l'observation XXVIII, il s'agissait en effet d'un siège et bien que l'accouchement eût été un peu long il a suffi d'un peu d'expression et les suites ont été bonnes.

Si au contraire le vagin est rétréci, si le conduit est devenu inextensible, nous croyons que dans ces cas-là il faut intervenir, soit en débridant le vagin, soit en faisant une césarienne, comme il a été fait dans les observations XXXIV et XXXVI.

Se servir du forceps avant de débrider semble aussi risquer de graves déchirures qui peuvent entraîner la mort par septicémie dans un milieu aussi bien choisi pour cette affection (Obs. XXXI).

B) Et maintenant nous pouvons nous demander quel pronostic on doit porter en présence d'un épithélioma primitif du vagin en dehors de la grossesse. Bien que presque dans toutes les observations que nous avons rapportées, la récidive ait eu lieu très rapidement, bien que presque toujours la mort ait été la terminaison rapide de cette affection, nous croyons devoir être très réservé comme chaque fois qu'il s'agit d'un cancer. La communication de M. Legueu à la Société de Chirurgie, séance du 13 février 1907, est à ce sujet des plus intéressante, et nous croyons devoir y revenir (Obs VIII). « L'extension de la tumeur et ses très vives douleurs, dit ce chirurgien, ne m'engageaient pas à l'opération. »

Néanmoins il fit cette opération le plus largement possible. Après dix ans la malade est très bien portante. Ces cas heureux sont évidemment très rares, mais si rares soient-ils, ils doivent nous encourager à tenter l'opération, seule chance de guérison du malade. Et c'est le cas de répéter pour cette affection ce qui est vrai pour toute affection semblable : « Opérer le plus tôt possible et le plus largement possible. »

OBSERVATIONS

ÉPITHÉLIOMAS PAVIMENTEUX : LOBULÉS.

(*Examens histologiques*).

Observation I (*personnelle*).

Présentée à la *Société anatomique* le 1er mars 1907.

Épithélioma pavimenteux lobulé.

Il s'agit d'une dame B..., 54 ans. Dans les antécédents héréditaires nous ne trouvons pas de cancer, le père est mort à 72 ans d'une cystite, la mère supporte gaillardement ses 82 ans et une sœur de père est également bien portante. Les antécédents personnels de la malade n'offrent rien non plus de saillant. Jamais la plus petite maladie. Réglée à 14 ans 1/2, mariée à 19 ans elle a toujours été bien réglée. Jamais de pertes blanches.

Elle a eu trois enfants; le premier à 20 ans, le second à 21 ans 1/2, le troisième à 23 ans. Les trois accouchements ont eu lieu à terme et sans aucune complication.

Pas la moindre éraflure au périnée. Les suites de couche

ont également été normales. Depuis deux ans et demi la malade ne voit plus ses règles et depuis ce moment elle saignotte de temps en temps après chaque rapport sexuel. Ce ne sont pas de véritables hémorragies, mais des suintements rouges. La chemise est tachée.

Mme B.... qui est très observatrice a noté soigneusement tout cela et bien qu'elle n'ait pas la moindre douleur, sans trop savoir pourquoi, elle pense au cancer. Elle devient triste, son caractère change. Elle perd l'appétit, elle maigrit. Enfin elle vient consulter M. le Dr Le Filiâtre (février 1906).

Voici alors ce que note ce chirurgien :

Point de ganglions inguinaux ni lombaires.

Au toucher, le vagin semble rétréci, le doigt rencontre à 4 centimètres de la vulve sur la face latérale droite, mais empiétant sur la face postérieure du vagin une masse indurée de la largeur d'une pièce de 2 francs, en demi-lune. Le moindre frôlement amène une légère hémorragie, mais sans douleur. Les culs-de-sac : latéraux, antérieurs et postérieurs sont libres ; le col est normal, mobile.

Le vagin est rétréci, il serait impossible de placer un spéculum.

Cette masse qui semble bien limitée paraît hérissée de villosités saignantes.

Au toucher rectal, le rectum semble absolument indépendant de cette tumeur. Le toucher vaginal pratiqué en même temps que le toucher rectal montre que cette tumeur est parfaitement mobilisable et n'entraîne pas avec elle la paroi rectale.

Aucune souffrance pour aller à la selle ou au moment de la miction.

Le cœur et les poumons sont sains.

Diagnotic. — Épithélioma primitif du vagin.

Opération. — Février 1906.

Rachicocaïnisation : 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien sont retirés. Injection de 1 centimètre cube de solution de cocaïne au 50e.

La tumeur est enlevée par excision simple. Les incisions sont faites en tissu sain et quand la tumeur a été circonscrite, on décolle la paroi vaginale de la paroi rectale. Les suites de l'opération sont excellentes. La malade retrouve son appétit, reprend son embonpoint.

En février 1907, on revoit la malade, elle a de nouveau quelques pertes. L'examen montre un bourgeon saignant vers la partie inférieure de la cicatrice. En haut et sur les côtés rien d'anormal. Point de ganglions. Point de douleurs. On cautérise et le 1er mars la malade semble en bon état.

Examen histologique (1). — Laboratoire de M. le Dr Klippel. Épithélioma pavimenteux avec globes épidermiques.

On a examiné deux fragments de la tumeur, masses bosselées du volume d'une noix, peu vascularisées et d'une coloration blanchâtre.

A la coupe, la surface de section montre un tissu gris rosé, sur lequel tranchent des points opaques et des tissus fibreux.

La tumeur a une consistance inégale et se laisse facilement fragmenter.

Après coloration à l'hématéine, éosine, et hématéine Van

1. Nous tenons à remercier ici notre ami M. Chabrol, interne de M. Klippel, qui nous a guidé dans cet examen histologique et qui a mis sans cesse son temps et ses conseils à notre disposition.

Giessen on aperçoit, à un faible grossissement : des lobes formés de masses épithéliales, réunis les uns aux autres par des pédicules allongés, entourés d'un stroma conjonctif.

A la périphérie des lobes on remarque des cellules cylindriques dont le noyau volumineux présente plusieurs nucléoles fortement colorés. Sur certains noyaux un fort grossissement permet de voir des figures de karyokinèse. L'axe de prolifération des cellules est désorienté.

En se rapprochant du centre on observe des cellules polyédriques et au centre même de la préparation des cellules aplaties imbriquées « en bulbe d'oignon »entourent une zone fortement colorée par l'éosine.

Il s'agit donc d'un épithélioma pavimenteux lobulé avec globes épidermiques.

Les lobes épithéliaux sont anastomosés et les tubes qui les réunissent sont remplis entièrement par des cellules polyédriques, très adhérentes, semblables les unes aux autres.

Ne possédant qu'une portion limitée de la tumeur on n'a pu constater sur la coupe les relations néoplasiques avec l'épithélium pavimenteux de la muqueuse vaginale.

Ces différents éléments sont entourés par un tissu conjonctif que colore fortement la fuschine. Celui-ci est ondulé, peu serré formé de cellules allongées.

En certains points il est infiltré de leucocytes mononucléaires. De place en place des cellules néoplasiques isolées lui sont accolées.

Les vaisseaux peu nombreux ne renferment pas de masses épithéliales.

Observation II

(*Propagation au col de l'utérus.* Rollin.)

Mme R..., 38 ans. Hôpital Cochin, service de M. le Dr Schwartz.

8 *mars* 1905. — Petites pertes sanguines depuis huit mois, pas d'odeur. Cinq enfants. Actuellement l'état général est altéré.

Toucher. — Utérus très mobile, col à peu près détruit, surtout à sa partie postérieure où une ulcération cratériforme s'étend à la paroi vaginale postérieure. Le spéculum confirme ces données. Culs-de-sac souples ; ligaments larges paraissant sains. On prélève un petit fragment et l'examen histologique est pratiqué par M. le professeur Cornil.

Opération le 21 *mars* 1905. — Hystérectomie abdominale totale, intéressant la partie supérieure du vagin, dont la section passe en tissus sains. Les suites opératoires ont été excellentes.

Examen histologique (Laboratoire de M. Cornil). — Des coupes étendues passant à la fois par la muqueuse vaginale saine et par la partie ulcérée nous montrent d'abord l'épithélium normal du vagin avec ses couches épaisses et ses papilles ; le corps muqueux y est très net. Lorsque de cette partie normale on passe à la limite de l'ulcération cancéreuse, on voit d'abord une grande dépression, à la surface de laquelle des cellules de néoformation se continuent avec le revêtement épithélial normal ; cette dépression est tapissée de nombreuses couches de cellules pavimenteuses reproduisant les cellules malpighiennes.

Immédiatement après cette dépression de l'épithélium on aperçoit des fragments de la muqueuse vaginale normale, puis

une seconde dépression qui conduit dans des cavités anfractueuses tapissées d'épithélium et où on trouve quelques globes épidermiques très nets, formés de cellules pavimenteuses se recouvrant les unes les autres en forme de globe, avec une ou plusieurs cellules au centre.

L'examen clinique restait absolument insuffisant pour élucider la question du début de cet épithélioma.

L'étude microscopique nous a montré sa nature pavimenteuse à globes épidermiques et son point de départ vaginal.

Observation III

Dr Karl Schmidleschner

1er *mars* 1886. — J. W..., 33 ans. Quatre accouchements normaux.

Réglée depuis l'âge de 16 ans toutes les quatre semaines (durée trois ou quatre jours). Les dernières règles il y a deux semaines.

La malade remarque depuis sept mois un écoulement mélangé de sang et souffre dans le bas-ventre et dans le vagin de douleurs lancinantes et ardentes.

La malade est bien développée et en bon état : grosse, grasse. La palpation du ventre ne fait pas découvrir de tumeur. Vagin large. A la paroi postérieure du vagin, on sent une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie dirigée dans le sens de la longueur, à côté de laquelle on trouve de petites nodosités. La base de la tumeur est fixée au rectum, le pronostic est donc des plus sombres.

La moitié antérieure de la paroi vaginale est lisse.

L'orifice du museau de tanche est de la grosseur d'un pois. Le corps de l'utérus est difficile à palper car la femme est très grosse, le col est mobilisable. Muqueuse du rectum normale. Érosion autour du museau de tanche.

L'opération fut pratiquée sous le chloroforme. Ablation de la tumeur à sa base, on coupe dans le tissu sain. Hémostase. Dans le fond de la plaie le tissu paraît être sain. On tamponne. Un peu de température pendant les premiers jours mais les suites de l'opération sont bonnes. Après trente jours on laisse partir la malade avec une cicatrice bourgeonneante.

Un mois plus tard, elle revient avec une grosseur comme une noisette dans la moitié gauche de la paroi postérieure du vagin. La curette pénètre facilement dans une masse molle qui forme en s'étendant en arrière de l'utérus une cavité de la grosseur d'une noix dont les parois sont intimement unies avec les tissus environnants.

Après cautérisation au thermocautère la malade part huit jours après. L'examen montre dans la paroi postérieure une ouverture de 2 centimètres qui conduit vers une cavité située en haut et en arrière et remplie de granulations. Au toucher rectal on arrive aussi bien à gauche qu'à droite sur une masse infiltrée qui s'étend jusqu'aux parois du bassin. L'état de la malade empira à vue d'œil et, comme me l'écrivit le médecin traitant, elle mourut un an après.

Examen microscopique. — Lobules épithéliaux avec amas de cellules rondes épithéliales, distribués irrégulièrement dans le tissu environnant et recouvert d'épithélium pavimenteux. Dans les tissus voisins on remarque des colonnes de ces cellules épithéliales s'enfonçant comme des chevilles et rejoignant d'autres lobules.

Diagnostic. — Épithélium pavimenteux à cellules.

Observation IV

DEMAY

Mme L..., 42 ans, 15 septembre 1894.

Depuis cinq à six mois hémorragies vaginales survenant à la suite de l'introduction de la canule destinée à assurer ses soins de toilette. Elles sont peu abondantes, peu fréquentes, pas de douleur, état général bon.

Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux.

Mme L... a eu un enfant en 1886. La rotation ne pouvant s'effectuer, le Dr Demay a dû faire un forceps et dégager en occipito-sacrée. Aucune lésion du conduit vaginal, suites de couche parfaites.

Toucher. — Masse molle à 2 centimètres de la fourchette de la grosseur d'une mandarine, saignant au moindre contact, largement implantée sur la paroi postérieure et séparée du cul-de-sac par une bande de tissu sain.

Le doigt ramène un débris de la grosseur d'une noisette. M. Latteux en fait l'examen histologique.

Au spéculum. — La tumeur est framboisée, le col et le cul-de-sac paraissent indemnes.

Toucher rectal. — La tumeur fait saillie mais la muqueuse rectale est mobile sur la tumeur.

Elle entre à l'hôpital le 28 octobre. Service de Péan. On fait un curettage et une cautérisation au fer rouge.

Cinq à six jours après adéno-phlegmon de l'aine. Mort.

Examen histologique de M. Latteux.

« Au lieu des boyaux pénétrant dans la profondeur comme dans l'observation précédente, c'est ici une forme qui a plutôt évolué vers l'extérieur. Sous la coupe nous observons des mamelons divisés à l'infini, composés de petites masses bombées constituées par d'innombrables petites cellules à noyaux volumineux et solidement agrégées entre elles. Le tout est réuni par de faibles cloisons de tissu conjonctif très embryonnaire et assez vasculaire.

En résumé dans le premier cas autant de stroma fibreux que de tissu épithélial, dans le second presque uniquement du tissu épithélial d'aspect encéphaloïde avec de faibles cloisons de séparation. »

Observation V

Publiée par Bernard.

M^lle X..., 43 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de cancer de l'utérus, père de cancer de l'estomac.

A eu un polype de l'utérus opéré en 1884.

Début de la maladie actuelle, juin 1894.

Écoulement vaginal roussâtre fétide.

Douleurs surtout nocturnes dans la région lombaire et irradiées dans les cuisses. Douleurs pendant la défécation, miction normale.

Toucher. — Tumeur du volume d'une mandarine sur la paroi postérieure du vagin s'étendant jusqu'au cul-de-sac. Entre le col et la tumeur existe une bande de tissu sain.

Tumeur irrégulière anfractueuse. Le toucher amène un suintement de sang.

L'utérus est normal.

Diagnostic. — Epithélioma du vagin.

Opérée le 14 novembre. Ablation de la tumeur par la périnéotomie avec dédoublement de la cloison.

Pas de renseignement sur les suites de l'opération.

Examen microscopique, par M. Latteux. — Épithélioma lobulé du vagin.

La surface est hérissée de papilles ou fongosités analogues à des choux-fleurs.

1° Examen d'ensemble de la surface vers la profondeur.

a) Région déchiquetée composée de villosités flottantes, irrégulières, constituées par du tissu épithélial plus ou moins dissocié.

b) Zone caractérisée par un tissu conjonctif traversé en tous sens par des infiltrations épithéliales sous forme de boyaux s'irradiant dans toutes les directions.

c) Plus profondément masses de même structure jouant le rôle de colonnes d'invasion.

d) Enfin tissu conjonctif profond absolument infiltré par d'innombrables cellules embryonnaires surtout au pourtour des gros vaisseaux dont les parois sont épaissies ; cette prolifération va plus loin encore et se prolonge entre les faisceaux musculaires.

2° Examen de détail.

Boyaux épithéliaux formés de petites cellules irrégulièrement disposées, mais si intimement soudées qu'il est difficile de les isoler. Quelques-unes cependant sont isolées.

Elles étaient de forme cubique ou polyédriques. Gros noyaux avec nucléoles. Les éléments sont en pleine kératinisation.

Observation VI (*Résumée*).

BERNARD.

Mme D...., 67 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux.

Depuis deux ans légères pertes de sang puis écoulement blanchâtre. Entrée à l'hôpital service de M. Pozzi 8 mai 1894.

Le toucher vaginal donne la sensation d'une plaque végétante saignante sur la paroi postérieure du vagin et bien limitée. Elle s'arrête en bas à 2 centimètres de la vulve, n'envahit pas les parties latérales et occupe tout le cul-de-sac postérieur; la lèvre postérieure du col de l'utérus est même prise.

Ganglions à l'aine.

Le toucher rectal montre la muqueuse intestinale libre.

Diagnostic. — Epithélioma primitif du vagin ayant envahi secondairement le col.

Cautérisations au thermocautère. Les pertes de sang disparaissent. Trois mois de répit.

En août les hémorragies reparaissent. Le 15 janvier elle entre à l'hôpital.

La lèvre antérieure du col et le cul-de-sac antérieur sont envahis, détruits, si bien qu'il serait impossible de savoir où a débuté le néoplasme.

Intégrité de la muqueuse rectale.

État général bon, la malade ne se plaint que de ses pertes rouges.

Le 20 janvier. — Curettage et cautérisation. Les pertes cessent la malade quitte l'hôpital huit jours après.

Examen histologique de Coffin :

« Il est impossible de retrouver sur la coupe les éléments d'un tissu normal On voit des lobules de forme plus ou moins régulière à peine séparés les uns des autres par de minces fibres de tissu conjonctif. Ces lobules sont cependant très distincts les uns des autres et toutes les cellules qui les constituent sont orientées vers le centre du lobule. Elles sont cylindriques à la périphérie, puis dentelées et enfin aplaties.

Au centre de ces lobules les cellules ont un aspect vésiculeux et l'on y retrouve ni noyau ni nucléoles. Elles ont subi la dégénérescence colloïde. Cette tumeur appartient donc à la classe des épithéliomes lobulés à type colloïde. »

Observation VII

BLAKOVESTSCHENSKY

6 *juin* 1889. — Mme X..., âgée de 33 ans, entre à l'hôpital Alexandre à Saint-Pétersbourg.

Trois grossesses. Première grossesse à terme de trois garçons dont l'un mort-né. En avril 1889, douleurs et hémorragies à la suite de coït. En mai douleurs dans le bas-ventre.

La paroi postérieure du vagin jusqu'au cul-de-sac est infiltrée, inégale, ulcérée. Les culs-de-sac et le col sont intacts ; les parois du rectum aussi.

Opération le 12 juin 1889 par simple excision.

Le trente-cinquième jour la malade peut marcher sans souffrance.

Examen microscopique. — Alvéoles de grandeur différente remplies d'épithélium ; les cellules épithéliales, pour la plupart

polyédriques, ont pénétré à travers la paroi fibreuse et infiltrent les tissus voisins.

Observation VIII

Professeur Legueu. *Épithélioma pavimenteux lobulé.*

Mme X... examinée en septembre 1897.

Toute la paroi postérieure du vagin était envahie par une tumeur végétante et papillaire qui saignait au moindre contact et se prolongeait dans le cul-de-sac gauche sans envahir l'utérus.

Cette malade avait depuis le mois de mai des douleurs tellement vives qu'elle ne pouvait dormir ni jour ni nuit et qu'elle se fût suicidée si elle n'avait été soulagée.

L'extension de la tumeur et ces très vives douleurs font hésiter pour l'opération.

Néanmoins M. Legueu fendit la vulve par deux incisions, enleva tout le vagin avec la paroi du rectum correspondante, poursuivit dans la cavité pelvienne une grosse masse qui se prolongeait jusque du côté de l'épine sciatique et sutura ensuite le col abaissé à la vulve.

C'était un épithélioma pavimenteux lobulé.

Après dix ans M. le professeur Legueu présenta cette malade bien portante à la Société de chirurgie dans la séance du 13 février 1907.

II

ÉPITHÉLIOMAS PAVIMENTEUX TUBULÉS

(Examen histologique.)

Observation IX (*Résumée*).

HOUZEL. *Épithéliomas tubulés.*

Épithélioma tubulé d'origine vaginale et ayant envahi la partie externe du museau de tanche.

Marie D..., 34 ans. Six accouchements à terme et une fausse couche.

Depuis deux ans la malade était soignée pour une ulcération du col. Douleurs dans le bas-ventre, les reins, le haut des cuisses; la station debout était devenue impossible. Depuis trois mois la malade perdait continuellement du sang et des eaux roussâtres.

20 *février* 1890. — Au toucher masse indurée en avant 1 centimètre derrière le méat urinaire (mobile sur l'urèthre) et s'étendant jusque près du cul-de-sac antérieur où, après une petite bande de tissu sain, le doigt rencontrait le col. Un col énorme, dur, étalé en champignon et saignant au moindre contact.

La lèvre postérieure semblait moins volumineuse que l'antérieure et permettait de sentir l'insertion du vagin.

Le 21 *février.* — Première ablation du noyau cancéreux de la paroi vaginale antérieure et suture. Deuxième hystérectomie vaginale.

Au douzième jour la malade se lève, les douleurs ont disparu. Mais il existe une fistule vésico-vaginale obstruée par un bour-

geon épithéliomateux ressemblant à une framboise et qui expliquait comment lorsque la malade était debout l'urine s'échappait par le vagin.

Le 28 mars. — Excision du bourgeon cancéreux, avivement des lèvres de la fistule et suture. Au huitième jour guérison.

Mais trois semaines après, nouvelle complication. Debout la malade ne peut plus émettre une goutte d'urine sans la sonde. Au cours de la miction le jet d'urine s'arrête brusquement, il suffit de retirer ou d'enfoncer légèrement la sonde pour que l'urine se remette à couler. On sentait un corps étranger. En comblant la brèche vésicale on avait inséré des tissus infiltrés d'épithélioma et un bourgeon faisait soupape sur le col vésical.

Examen anatomo-pathologique, par M. Cornil. — Le corps de l'utérus est un peu plus long que normalement. Le col aussi mais la lèvre inférieure paraît saine à l'œil nu. La lèvre supérieure est ulcérée au niveau de son insertion vaginale au point où la muqueuse du museau de tanche se réfléchit pour se continuer avec la muqueuse vaginale du cul-de-sac antérieure.

La muqueuse vaginale et le tissu conjonctif qui la double est épaissie, infiltrée par le néoplasme.

L'examen histologique fait au niveau du vagin et du col montre le type le plus net de l'épithélioma tubulé à cellules pavimenteuses.

Les tubes épithéliaux pleins de ces cellules sont parfois renflés formant des lobules plus ou moins arrondis. Les cellules implantées sur le paroi sont cylindriques, perpendiculaires à la paroi, disposées comme dans la couche inférieure du revêtement épithélial du vagin. *La forme de ces cellules indique donc déjà la provenance vaginale de cet épithélioma.*

L'examen microscopique des coupes comprenant toutes les

parties de la lèvre antérieure du col et l'ulcération confirme cette manière de voir. Les glandes du col avec leurs cellules cylindriques muqueuses implantées sur une seule rangée sont tout à fait saines ainsi que le tissu sous-muqueux. L'infiltration cancéreuse de la paroi externe fibro-musculeuse du col utérin ne s'observe qu'en dessous de la muqueuse cervicale conservée intacte et elle se continue avec l'infiltration épithéliale de l'ulcération vaginale.

L'épithélioma a donc débuté par le sillon qui sépare le museau de tanche du vagin et dans son extension il a surtout envahi le vagin, la cloison vésico-vaginale et la partie musculaire externe du col de l'utérus.

Observation X

Épithélioma tubulé primitif du vagin (Rollin).

Mme C..., 59 ans. Hôpital Cochin, salle Sédillot nº 10.

30 *mai* 1904, service de M. le Dr Schwartz. — Pertes sanguinolentes depuis quelques mois.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter.

Réglée à 15 ans, accouchement normal à 25 ans, à 49 ans ménopause.

En février 1904 la malade remarque un léger suintement rouge intermittent. Cet état dure deux mois, puis violente hémorragie. Point de douleurs ni de pertes fétides.

Toucher vaginal. — Tumeur, de la grosseur d'une petite mandarine sur la paroi postérieure, mobilisable sur le rectum, col normal.

Au spéculum aspect d'un angiome, rouge violacé.

Etat général assez précaire. Pas de ganglions inguinaux Viscères sains.

Opération le 2 juin par décollement des parois recto-vaginales. Suture de la plaie. La malade sort le 23 juin guérie.

Examen histologique (Laboratoire de M. le professeur Cornil). — A un faible grossissement, la partie centrale de la tumeur montre des tubes pleins d'épithélium, ramifiés, anastomosés les uns avec les autres et séparés par une assez grande quantité de tissu intermédiaire d'apparence fibreuse. A un plus fort grossissement les cellules sont allongées en prismatiques ou tout à fait pavimenteuses. Elles ont de très gros noyaux ovoïdes dans les cellules qui sont longues presque rondes dans les cellules pavimenteuses.

Au milieu quelques leucocytes mono et polynucléaires.

Le tissu qui entoure les tubes est un tissu conjonctivo-musculaire.

En aucun point nous n'avons vu de globes épidermiques dans l'intérieur des îlots.

La malade revue en janvier 1905 sept mois après l'intervention était en pleine récidive.

Observation XI

Dr Karl Schmidleschner. *Épithélioma tubulé à cellules pavimenteuses.*

21 *novembre* 1904. — X..., 20 ans, réglée à 14 ans pendant cinq à six jours toutes les quatre semaines. Les dernières règles ont eu lieu il y a un mois. Douleurs dans le bas-ventre et dans le vagin. Défécation douloureuse. Assez bien constituée.

La malade est en bon état. Le cœur, les poumons sont normaux. Les parois du ventre sont grasses et rendent le palper difficile. Cependant dans la partie droite du bas-ventre on sent une grosseur sur laquelle on arrive facilement. Organes génitaux normaux.

Dans le tiers supérieur de la paroi vaginale postérieure, on peut voir une tumeur ronde large de 4 centimètres, bien limitée et assez proéminente dont la superficie recouverte par la muqueuse semble être divisée par des sillons peu profonds. Tout autour de la tumeur la muqueuse vaginale est congestionnée. La tumeur est assez facilement mobilisable à sa base. Une petite partie du museau de tanche est érodée. L'utérus est petit, antéfléchi, à sa gauche, limité aussi bien par l'utérus que par la paroi du bassin, on peut palper une tumeur bien limitée, élastique, de la grosseur d'un œuf de pigeon.

A droite et en arrière de l'utérus on peut sentir une tumeur de la grosseur du point mobilisable et qui n'atteint pas la paroi du bassin.

Excision. — Chloroforme. La tumeur est excisée, l'incision est faite à 2 centimètres au delà en plein tissu sain. On ouvre le douglas et on sent en arrière de l'utérus et à droite une autre tumeur qui est fluctuante. L'utérus est aussi enlevé. On recoud. Pansement. Guérison.

La surface de la tumeur est divisée en plusieurs parties.

Utérus de grosseur normale, érosion autour du museau de tanche. L'endométrium est congestionné et hypertrophié.

La deuxième tumeur située à droite est grosse comme une orange, sa surface recouverte de fausses membranes.

La masse principale de cette tumeur est formée par une série

de tubes allant jusque dans l'utérus. Sur l'ovaire une petite tumeur de la grosseur d'une noisette.

Examen microscopique. — 1° De la surface de la tumeur vaginale recouverte d'épithélium partent des colonnes épithéliales s'enfonçant comme des coins dans les tissus environnants. Ces colonnes ne sont d'abord séparées que par de minces faisceaux de tissu conjonctif. Ces cellules épithéliales sont cylindriques, perpendiculaires à la paroi.

2° L'ulcération du museau de tanche est une simple ulcération sans trace d'éléments de tumeur maligne.

3° La première tumeur en rapport avec les annexes est le fait d'une salpingite pseudofolliculaire interstitielle.

La première tumeur est donc un épithélium tubulé à cellules pavimenteuses.

III

ÉPITHÉLIOMAS A TYPE CYLINDRIQUE (TUBES DE GARTNER). *(Examen histologique).*

Observation XII

POLOSSON de Lyon et VIOLLET. *Epithélioma à type cylindrique* (canaux de Gartner).

C. J..., 56 ans, entre à la clinique gynécologique le 4 janvier 1904. Rien à relater dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans, mariée à 22, trois grossesses. Un seul enfant vivant âgé de 22 ans. Jamais de maladies. Ménopause depuis dix ans. Il y a huit mois quel-

ques hémorragies sont provoquées par le coït puis cessent pendant quelque temps.

Il y a quinze jours M. Polosson la voit et la fait entrer dans son service.

Examen. — Sur la paroi antérieure du vagin petite saillie faisant un relief de 1/2 centimètre, de la largeur d'une pièce de 2 francs. Base indurée.

Tumeur pas très friable ni sanguinolente. Située sur la ligne médiane plus développée toutefois à gauche qu'à droite.

En déprimant la fourchette on aperçoit une petite tumeur rougeâtre, irrégulière, sessile, d'aspect framboisé.

La tumeur est indépendante, mobilisable sur l'urèthre.

Pas de troubles de la miction.

Pas de ganglions inguinaux.

Le reste du vagin est sain.

Utérus petit, atrophié, involution sénile.

État général bon.

Diagnostic. — Épithélioma primitif du vagin.

Le 7 janvier 1904. — Intervention (M. le professeur Polosson) incision circulaire, excision.

La malade part au douzième jour.

Examen histologique. — Épithélium pavimenteux de recouvrement intact se continuant à un moment donné avec un tissu infiltré, hémorragique nécrobiosé. Cet épithélium présente une épaisseur anormale, des prolongements interpapillaires dans le derme sous-jacent. Au-dessous ce sont des trousseaux musculaires de fibres lisses coupés, les uns en long, les autres en travers. L'épithélium pavimenteux cesse à un moment, brusquement, il s'amincit peu à peu aux dépens de ses couches internes. Au-dessous on aperçoit quelques formations kystiques, bordées

d'un épithélium cylindrique, élevé, à une seule couche.

Ces formations kystiques sont de calibre variable; elles ont presque toutes une lumière; elles plongent dans un tissu conjonctif, assez lâche à la superficie, assez dense dans la profondeur. La couche de la musculature est respectée, sans aucune infiltration.

Au gros grossissement les cavités kystiques paraissent formées d'un épithélium cylindrique à cellules hautes, sans cils à noyau situé à la base, à protoplasma clair, gonflé même en son milieu par des produits de sécrétion. Sur une coupe en travers c'est un très bel aspect de nid de guêpes.

Vers les zones de limite du néoplasme on remarque des points d'infiltrations de petites cellules rondes, tout autour des trousseaux musculaires ou tout autour des vaisseaux.

En somme *Épithélioma du type cylindrique*, développé dans le chorion de la muqueuse vaginale et ayant ulcéré l'épithélium pavimenteux de revêtement.

Le 8 mars 1904. — La malade revient. Recrudescence des hémorragies. Au niveau de la cicatrice, tumeur lisse, régulière, du volume d'une amande pédiculée rouge, vineuse, molle, au toucher.

L'utérus est toujours sain.

Le 10 mars. — Extirpation nouvelle.

La malade part en bon état le 22 mars.

Tumeur polypeuse lobulée rouge très finement grenue.

Examen histologique. — Fixation à l'alcool. Durcissement à la gomme. Picro-carmin.

Uniformément fibres musculaires lisses, courtes et trapues, infiltrées de grosses cellules rondes.

Tissu très embryonnaire. Vaisseaux de néoformation nom-

breux. Sur une des côtes de la préparation, les fibres musculaires disparaissent et on ne voit que de grosses cellules rondes dont quelques-unes ont une coloration jaune au lieu d'un rouge vif.

Nulle part on ne trouve d'épithélium pavimenteux de revêtement; nulle part on ne trouve de tissu épithélial, ni les cavités kystiques de l'épithélioma existant lors de la première intervention.

C'est l'aspect d'un sarcome fuso-cellulaire que nous interpréterons ici comme un simple polype inflammatoire, développé dans la zone d'irritation néoplasique, et dans lequel les éléments sont à un tel degré embryonnaire qu'ils donnent à la tumeur l'allure d'un sarcome.

Le 8 octobre 1904. — La malade entre de nouveau à l'hôpital ; cette fois la récidive est énorme sous forme d'un champignon. Ichor fétide. La malade a beaucoup maigri. Pas de ganglions inguinaux.

Examen microcospique. — Bel *épithélioma cylindrique lobulé.*

La malade est morte au mois d'avril 1905.

Observation XIII (*Résumée*).

Pinna Pintor. *Épithélioma cylindrique.*

Multipare de 53 ans ayant eu sa ménopause à 48 ans. Depuis cinq mois elle souffre d'une sensation de brûlure du côté des voies génitales et de légères pertes sanguines.

A l'examen on constate un certain degré d'atrophie des parties génitales externes, l'orifice externe donnant difficilement passage à un seul doigt. A 2 centimètres environ du méat uri-

naire sur la paroi vaginale antérieure on remarque la présence d'une végétation aplatie, large comme une pièce de 2 centimes, de couleur rosée, d'aspect fongueux, friable et saignant facilement. Le reste de la muqueuse paraît sain. L'utérus est en involution sénile et il n'y a pas de ganglions dans les aines. Les urines sont normales.

Diagnostic. — Épithélioma primitif du vagin.

Opération. — Incision elliptique circonscrivant la tumeur passant à 1 centimètre de son pourtour.

Examen histologique. — Epithélioma à type cylindrique.

IV

ÉPITHÉLIOMAS SURVENUS A LA SUITE DE PROLAPSUS OU DU PORT PROLONGÉ DE PESSAIRES

Observation XIV (*Résumée*).

Pchelin. *Prolapsus vaginal. Épithélioma de la paroi antérieure du vagin.*

Anne L..., 69 ans, entrée le 9 mars. A eu trois accouchements, le dernier il y a vingt-neuf ans. Toujours bien portante. Il y a deux ou trois mois à la suite d'une chute forte hémorragie. Depuis écoulement roussâtre, fétide. Entre les grandes lèvres on voit une tumeur de la grosseur d'un petit œuf implantée sur la paroi antérieure du vagin prolabée.

Excision de la tumeur; le 3 avril la malade quitte le service.

Point d'autres renseignements.

Observation XV (*Résumée*).

Pcheline. *Prolapsus utérin. Épithélioma du vagin.*

Marie G..., 69 ans, huit accouchements. Depuis quatre mois douleurs abdominales et sacrées; constipation.

Un peu plus tard la malade remarque que la matrice apparaît à la vulve.

Le 20 décembre 1888. — L'examen montre à la vulve une tumeur du volume d'un œuf d'oie constituée par l'utérus et le vagin prolabés. Ulcérations profondes sur la partie gauche de la muqueuse vaginale. Écoulement fétide. L'ulcération s'étend de plus en plus.

Incontinence d'urine. Mort le 30 avril 1889.

Autopsie. — Pelvipéritonite purulente. Hydronéphrose double.

Diagnostic histologique. — Épithélioma.

Observation XVI

Épithélioma primitif du vagin. Prolapsus utérin. Zizold.

Femme de 47 ans.

A 24 ans accouchement au forceps. Immédiatement après prolapsus utérin. En mars 1887, la malade remarque sur la tumeur prolabée une ulcération qui, d'après elle, se serait développée juste au point où la partie prolabée frottait contre la cuisse. Des hémorragies fréquentes la font entrer à l'hôpital.

Octobre 1887. — Tumeur du volume d'une tête d'enfant c'est le col. Sur la paroi au niveau du vagin une tumeur ulcérée de la grosseur d'une pomme.

11 *novembre* 1887. — On enlève cette dernière tumeur au thermocautère et on réduit le prolapsus.

11 *février*. — Les hémorragies se reproduisent. Amaigrissement considérable. Dans le cul-de-sac droit grande ulcération rayonnée. Le col est envahi.

Simple grattage.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux.

Observation XVII

Épithélioma consécutif à l'application d'un pessaire.

Arthur Meyer.

En 1889 Mme D..., 69 ans, est soignée pour un prolapsus des parois vaginales. On place d'abord un anneau de Meyer puis un pessaire de Hodge que la malade garde sans se faire visiter.

En juillet 1890. — La malade se plaint de petites hémorragies. L'examen montre des érosions de la paroi postérieure du vagin et de la lèvre postérieure du col juste au niveau où le pessaire prenait un point d'appui. Le pessaire est enlevé, les ulcérations guérissent. On remet le pessaire, les ulcérations reviennent, cette fois elles sont plus accusées, reposent sur une infiltration diffuse profonde. On enlève la tumeur le 16 mars 1891.

L'examen microscopique montre un épithélioma.

Observation XVIII

Épithélioma du vagin consécutif à l'application d'un pessaire.

SCHMIDT.

Il s'agit d'un épithélioma du vagin consécutif à la pression exercée par un pessaire resté en place pendant quinze mois. Col gros et épaissi ; tumeur peu saillante sur la paroi postérieure; elle se prolonge dans le cul-de-sac latéral gauche exactement au point où l'anneau comprimait la paroi vaginale.

L'examen microscopique confirme le diagnostic.

Amputation du col, extirpation de la tumeur et colporrhaphie postérieure.

Observation XIX

Cancroïde provoqué par la présence d'un pessaire.

G. SCHWARTZ.

Femme de 75 ans ; elle porte depuis 12 ans un pessaire qui est resté en place depuis cette époque. Le pessaire est incrusté ; écoulement fétide, hémorragie abondante.

3 *décembre* 1889. — La paroi postérieuse présente une tumeur bosselée, inégale, saignant facilement ; son diamètre est égal à celui d'une pièce de 1 franc. Les débris enlevés par le grattage montrent qu'il s'agit d'un cancroïde. Ablation par le professeur Olshausen.

Peu après l'opération hémorragies profuses, ascite, œdème des jambes. Mort le 23 juin 1891.

Observation XX

Épithélioma primitif du vagin développé aux points de contact d'un pessaire. Dr S. Banzet.

Mme D., 45 ans, ouvreuse, vient consulter en novembre 1898, pour des troubles génitaux datant de plusieurs années. Veuve depuis quinze ans, a eu une seule grossesse. Se plaint de pesanteur périnéale douloureuse, tiraillements dans la région lombaire. Un peu de leucorrhée.

Examen. — Effondrement total du périnée ; dans les efforts, le col apparaît à la vulve précédé par les parois vaginales antérieure et postérieure.

Application d'un pessaire de Hodge en ébonite de fort calibre. Soulagement considérable. Tous les mois le pessaire est enlevé et remis en place.

Au commencement de 1901, leucorrhée sanguinolente. Dans le cul de-sac postérieur ulcération allongée, à bords durs, correspondant par son siège au point de pression du pôle supérieur du pessaire. On enlève le pessaire.

Au bout de quelques semaines l'ulcération s'est agrandie ; elle s'étale jusque sur la lèvre postérieure du col. Irrégularité du fond, friabilité de l'ulcération.

Diagnostic. — Épithélioma du vagin.

Point de ganglions.

La malade entre alors dans le service du professeur Berger. Hystérectomie abdominale.

Après six mois de séjour à la campagne Mme D..., s'alite à cause de pertes de sang abondantes, cachexie extrême. Vagin totalement envahi par ulcération à bords végétants.

Mort rapide.

V

OBSERVATIONS (*sans examen histologique*).

Observation XXI

Épithélioma du vagin survenue après la ménopause.

CHASSAIGNAC.

Mme M..., âgée de 49 ans, entrée à l'hôpital Necker, le 17 juin 1844.

Plus réglée depuis huit mois. Depuis cette époque, fréquentes hémorragies, souvent très importantes. Au toucher, saillie fusiforme faisant saillie sur la paroi postérieure du vagin de 3 centimètres de long sur 2 centimètres de large. Cette tumeur fait saillie dans le rectum, elle est bien limitée au-dessus et au-dessous, le tissu semble sain. Aucun ganglion dans la région inguinale et dans la région lombaire.

Elle est opérée le 24 juin 1844. Excision de la tumeur en décollant la paroi vaginale de la paroi rectale. La malade semble guérie et quitte l'hôpital avec une fistule recto-vaginale.

Observation XXII

PÉAN.

G..., 56 ans, entrée le 8 octobre 1875. Réglée à 15 ans. Deux grossesses terminées par des accouchements réguliers. Ménopause à 49 ans.

Depuis dix-huit mois leucorrhée abondante, métrorrhagies quotidiennes. État cachectique.

Toucher. — Tumeur dure, bosselée, ulcérée, laissant suinter un ichor fétide.

Ablation de la tumeur le 9 octobre 1875.

Examen microscopique de la tumeur. — Épithélioma en dégénérescence colloïde.

Morte le 21 octobre à la suite de péritonite. Pas de cancer secondaire dans les viscères.

Observation XXIII

Observation de Jayle (*Résumée*).

Augustine C..., 72 ans, entre à l'Hôtel-Dieu salle Lisfranc, n° 2, octobre 1888, très cachectique. Les ganglions inguinaux sont très hypertrophiés, indurés, la peau qui les recouvre est ulcérée, il en sort un liquide muco-purulent, c'est ce qui amène la malade à l'hôpital. Sur la paroi vaginale droite, on voit une plaque indurée saignant au moindre attouchement, de la largeur d'une pièce de 2 francs. Le 11 novembre la malade s'éteint complètement cachectisée.

Autopsie 12 *novembre.* — Ganglions inguinaux cancéreux ; pas d'autres localisations.

Observation XXVI

Jayle.

B..., âgée de 45 ans, entrée le 10 mai 1890 à l'hôpital Lariboisière salle Roy pour une tumeur d'aspect inflammatoire de la région de l'aine gauche apparue depuis quelques jours. L'articulation est libre. Pas de fièvre. Y a-t-il phlegmon de l'aine ?

Étranglement épiploïque ? Le rectum, la vulve n'ont point de lésion. Mais au toucher vaginal on trouve sur la paroi latérale gauche une plaque indurée, saillante, irrégulière, de la largeur d'une pièce de 2 francs ; on diagnostique épithélioma du vagin. La femme quitte l'hôpital quelques jours plus tard.

Observation XXV

PÉAN.

R..., 47 ans, entrée le 20 mars 1882, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité, trois enfants ; première couche emploi du forceps. Règles régulières. Depuis trois mois amaigrissement. Depuis cinq semaines douleurs violentes le long du sciatique écoulement roux et fétide. Miction très douloureuse. En arrière de la vulve, gros noyaux durs et douloureux ; à gauche plaque dure. Col de l'utérus et culs-de-sac intacts. De chaque côté deux ou trois petits ganglions internes. Elle quitte l'hôpital le 21 sans être opérée.

Observation XXVI

BELLAMY.

(Occlusion de la veine iliaque primitive.)

Femme de 58 ans, pas d'hérédité cancéreuse, dix enfants, quatre fausses couches. En décembre la malade sent une douleur dans la région inguinale gauche ; la jambe enfle, elle devient rouge, violacée et très douloureuse. La malade entre à l'hôpital.

État présent : pas de cordon veineux induré, peau ni chaude ni sensible. Par le vagin s'écoule un liquide vert pâle, gardes-robes très douloureuses.

Tumeur bosselée dans toute la paroi latérale gauche avec surface ulcérée et sécrétant un liquide purulent très fétide.

Le 6 juin. — Élévation de la température 39°3. Douleur dans la région hypogastrique. La fièvre persiste les jours suivants ; la jambe prend un aspect érysipélateux. Mort le 11 juin.

Autopsie. — Paroi latérale gauche et postérieure envahie par le cancer. Col légèrement atteint. Parois du rectum envahies.

Dans le bassin à droite les ganglions sont engorgés, à gauche ils forment une grosse masse qui comprime la veine iliaque primitive ce qui explique l'œdème de la jambe.

Pas de dépôts cancéreux dans les autres organes.

Observation XXVII

HARTMANN (*Résumée*).

Épithélioma cylindrique primitif du canal cervical : ulcération épithéliomateuse de même nature sur la paroi vaginale postérieure, survenue spontanément et tout à fait indépendante de la tumeur primitive.

Ch..., âgée de 49 ans, entrée le 23 juin 1903, salle Lailler.

23 *juin* 1902. — Bon état général, douleurs dans le bas-ventre, écoulement vaginal fétide.

Toucher. — Col gros, entr'ouvert à l'intérieur ; le doigt sent des inégalités dures, saignantes. Corps d'utérus normal. Culs-de-sac souples.

Sur la paroi postéro-latérale droite du vagin à 3 centimètres du col séparée de celui-ci par une zone de muqueuse vaginale souple normale on sent une surface inégale, ulcérée mais mobile sur les plans sous-jacents.

Au spéculum, on voit que cette ulcération a les bords découpés, surélevés; son fond est granuleux, de couleur rougeâtre. Le col entr'ouvert laisse voir des bourgeons saillants à son intérieur. L'un de ces bourgeons, excisé et examiné histologiquement, montre qu'il s'agit *d'épithélioma cylindrique.*

Antécédents personnels. — Les antécédents personnels de la malade n'offrent rien de bien intéressant au point de vue de la lésion actuelle.

Réglée à 12 ans, toujours abondamment et régulièrement depuis.

Mariée à 29 ans; trois enfants à terme.

Il y a seize ans (1886), la malade a subi une opération au sein droit.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, encore vivante; père mort d'une congestion cérébrale.

Opération, le 29 juin 1902, par M. Hartmann.

Les *suites opératoires* furent très simples; la malade sortit guérie au bout de moins d'un mois. La malade a été revue le 26 septembre 1905, se plaignant de quelques troubles de la miction. La cicatrice est simple, sans induration ; il n'y a *pas trace de récidive.*

L'*examen histologique* permit de faire les constatations suivantes :

« a) Le néoplasme primitif du col utérin, développé à l'intérieur du canal cervical, au voisinage de son orifice externe, est constitué par de l'épithélioma cylindrique tout à fait au début (adeno-carcinoma colli). Les boyaux glandulaires sont revêtus d'un épithélium atypique, avec figures de division indirecte nombreuses; en plusieurs points, la paroi conjonctive des glandes est détruite, l'infiltration épithéliale envahit le tissu con-

jonctif avoisinant. Par contre, l'épithélium pavimenteux stratifié du museau de tanche est tout à fait normal, ainsi que le tissu fibro-musculaire sous-jacent. Sur des coupes portant sur un segment du cul-de-sac vaginal postérieur, nous avons pu constater l'intégrité absolue de la muqueuse et du tissu musculo-conjonctif du vagin. En aucun point nous n'avons trouvé des boyaux d'épithélioma aberrants, dans les fentes du tissu conjonctif ou dans des capillaires ou troncules lymphatiques.

b) Des coupes portant sur l'ulcération de la face postéro-latérale du vagin montrent que l'épithélium pavimenteux du vagin, normal à la périphérie, s'arrête brusquement au niveau de l'ulcération. Le fond de celle-ci est formé par un tissu conjonctif embryonnaire, au milieu duquel sont semés des boyaux glandulaires néoplasiques en tous points semblables à ceux du canal cervical. L'infiltration néoplasique ne s'étend pas loin, d'ailleurs, dans les tissus sous-jacents, et l'ensemble du néoplasme forme un noyau bien circonscrit et ulcéré. Il s'agit donc ici, sans aucun doute, *d'une greffe néoplasique de l'adénocarcinome du canal cervical de l'utérus sur la paroi du vagin.* »

VI

ÉPITHÉLIOMAS CHEZ DES PARTURIENTES

Observation XXVIII

Dr Karl Schmidelschner. *Épithélioma du vagin chez une parturiente.*

Mme Y... (le 30 octobre 1904), 30 ans, qui a déjà eu trois accouchements normaux, le dernier il y a quatre ans. Réglée

depuis l'âge de 15 ans. Six à huit jours toutes les quatre semaines. La dernière période menstruelle le 17 janvier 1904. Depuis le deuxième mois de sa grossesse la malade a un écoulement sanguinolent et fétide; elle fait des irrigations.

De constitution moyenne, cette femme est maigre et pâle.

Cœur et poumons sains. L'utérus atteint l'ombilic.

L'enfant est vivant et se présente en siège. Bassin normal. Elle entre en travail le 25 octobre à 11 heures du soir. Température : 37°, pouls : 78. Urine normale.

De la vulve entr'ouverte s'écoule un liquide sanieux, roussâtre et fétide. A l'entrée du vagin sur la paroi postérieure on trouve une partie grosse comme une noix d'une tumeur dont la surface inégale, irrégulière, mamelonnée, est ulcérée et saignante. Cette tumeur se trouve à la place de la colonne postérieure, s'élargit en allant vers la partie supérieure du vagin. De la grosseur d'une petite paume de main elle ne s'étend pas sur la lèvre postérieure du col.

La base de la tumeur est dure, infiltrée, arrive jusqu'au rectum dont la muqueuse ne paraît cependant pas touchée. Le col est large de 4 centimètres. Pendant l'examen la poche des eaux se rompt, le siège s'engage dans le détroit supérieur.

La tumeur retrécit peu le vagin; les deux tiers de cet organe sont sains et dilatables. On reste dans l'expectative.

Après la rupture de la poche des eaux les contractions deviennent plus énergiques, le siège est profondément engagé. Près de la sortie du bassin le fœtus s'arrête et reste dans cette position pendant deux heures. On fait l'expression et le fœtus est expulsé à 1 heure du matin.

La sortie des bras et de la tête se fait facilement. Le cordon entoure deux fois le cou. Enfant vivant de 0 m. 52 de long.

Poids : 3.100 grammes, fille Le placenta est expulsé vingt minutes après. Au pôle inférieur de la tumeur des deux côtés on remarque une déchirure du vagin de 0 m. 02 de long qui ne fut pas reconnue.

La température est montée quelquefois jusqu'à 38°1 pendant la semaine où cette femme a gardé le lit. La tumeur est traitée par la teinture d'iode et des irrigations vaginales antiseptiques ; après quoi les températures redevinrent normales et l'état général devint meilleur. Au seizième jour de lit en procédant à l'examen de la malade on trouve une augmentation de la tumeur qui s'étend sur la paroi postérieure du vagin.

La tumeur n'est pas mobilisable à sa base, entoure de chaque côté le rectum et arrive par une masse infiltrée, dure, jusque sur les parois du bassin.

Dans de telles circonstances il ne peut être question d'opération radicale.

A l'examen microscopique on trouve le type très net de l'épithélioma infiltré.

Les coins épithéliaux sont en aussi grand nombre et si serrés qu'ils ne sont séparés que çà et là par de minces faisceaux conjonctifs.

On trouve encore treize autres observations d'épithélioma chez des parturientes mais l'examen miscroscopique peu complet ne permet pas d'affirmer que c'était bien des épithéliomas et non des chorio-épithéliomas.

Observation XXIX (de Zweifel-Wurst, 1900).

Quarante et un ans, dans le septième mois de la grossesse. Dans le tiers supérieur de la paroi postérieure du vagin un épi-

thélioma de la grosseur d'une petite paume de main. Accouchement prématuré, enfant vivant. Quelques jours après, extirpation de la tumeur et de l'utérus. Guérison facile. Récidive après peu de temps dans les annexes à droite. Mort deux mois après l'accouchement.

Observation XXX (de Ferri-Milamé, 1901).

Chez une femme enceinte de quatre mois on extirpe de la paroi postérieure du vagin une tumeur de la grosseur d'une petite paume de main.

Récidive quatre mois après. A la fin de la grossesse l'enfant vint au monde vivant (forceps). Mort (dix mois après) de la malade.

Observation XXXI (de Martin-Bruckner, 1876).

Trente-deux ans. Les deux tiers supérieurs du vagin sont envahis par la tumeur. Le canal vaginal est à peine de la largeur d'un doigt. Débridement. Forceps, enfant vivant. La tumeur est extirpée immédiatement après. Mort par récidive au bout d'un an.

Observation XXXII (de Philipp, 1876).

Dans un cas semblable au précédent, Philipp s'adressa immédiatement au forceps. Grande déchirure du vagin et du rectum. Mort par septicémie douze jours après l'accouchement.

Observation XXXIII (de Kœnig, 1876).

Kœnig extirpe des masses « cancéreuses » qui réduisaient la conduite vaginale à la largeur d'un doigt et termina l'accouchement avec le forceps. L'enfant était vivant. La malade guérit.

Observation XXXIV (de Léopold, 1885).

Trente-trois ans. Arrive avec de faibles contractions utérines. La tumeur occupe les deux tiers des parois du vagin et s'étend sur le rectum et sur les parties molles du petit bassin. Comme l'accouchement ne se faisait pas, faute de contractions suffisantes, on fit une césarienne (Porro). Enfant vivant. Guérison facile. L'état de la femme empira rapidement.

Observation XXXV (de Strebel, 1885).

Chez une femme en couche qui souffrait d'un « cancer » du vagin inopérable, il pratique une césarienne et l'enfant fut vivant. Guérison.

Puchelt, dans un cas semblable, vit mourir aussi bien la mère que l'enfant.

Observation XXXVI (Olshausen Küstner, 1876).

Chez une femme enceinte de sept mois il débrida les trois quarts des parois du vagin. Neuf jours après il introduisit une bougie pour provoquer l'accouchement prématuré. Enfant mort. Sept jours après la mère meurt de septicémie.

Autre observation de Küstner.

Trente-deux ans. A la paroi postérieure du vagin « cancer » généralisé. Accouchement spontané au septième mois. L'état de la malade devient plus mauvais pendant les suites de couche.

Observation XXXVII (Schelle).

Toute la paroi postérieure du vagin est envahie. Accouchement d'un enfant à terme et vivant. Mort de la mère huit jours après l'accouchement.

Observation XXXVIII (Breisky-Bailly).

Dans la paroi postérieure du vagin de la parturiente, se trouvait une tumeur de la grosseur d'un thaler. Pendant l'accouchement, elle fut serrée par la tête de l'enfant contre la vulve. Mort après six mois.

Observation XXXIX (Simpson, 1879).

Trente-sept ans. Cinquième mois de grossesse. Tumeur généralisée. Mort après quelques jours.

VII

Leucoplasie vaginale. Épithélioma

Observation XL (Réclus).

Une dame B..., 56 ans, traitée de douze à quinze ans pour une dartre vulvaire dont elle ignore la nature. C'est à 50 ans que survinrent les démangeaisons et une raideur, un épaississement du vestibule. M. Reclus la voit à ce moment.

La petite lèvre droite tout entière était envahie par une tumeur ulcérée saignante et qui, à plusieurs reprises déjà, avait donné lieu à des hémorrhagies assez rebelles. Les ganglions étaient sains. Mais aux limites du mal on trouvait sur la muqueuse, des taches blanches, mates et semblables à de la peau de gant de chevreau ; d'autres étaient luisantes, argentées ; leur surface était chagrinée, un peu rugueuse. En certains points se détachaient des pellicules, des squames, des lambeaux nacrés semblables à ceux qu'on observe dans la leucoplasie buccale. M. Reclus extirpe la lésion le 8 décembre 1885.

Malheureusement, il restait encore sur le rebord de la muqueuse vaginale une plaque blanche épaisse et rugueuse ; elle était très nette au mois d'août ; en octobre elle s'était accrue ; en décembre, un an après l'opération, elle se hérissait de quelques saillies douteuses et en mai il n'y avait plus d'illusion à se faire : une récidive avait lieu sous forme d'une petite tumeur, grosse environ comme une framboise et, comme elle, mamelonnée.

Extirpation de ce nouvel epithélioma et dix-huit mois après

la première intervention, deux mois après la deuxième, l'état local et général est excellent ; il existe encore, toutefois, en avant de la cicatrice, un léger reflet ardoisé ou bleuâtre qui n'est pas sans assombrir l'horizon.

Observation XLI (*Résumée*).

Dégénérescence épithéliomateuse de la leucoplasie vaginale. Pichevin. *Gazette de gynécologie*, 15 décembre 1904.

Mme X..., 55 ans, venue consulter en 1892 parce qu'elle éprouvait des pertes blanches.

Plus de règles et point de douleurs.

Bon état général.

Au toucher le cul-de-sac postérieur est moins souple que normalement.

L'utérus est petit.

. Au spéculum plaque régulière faisant légèrement saillie, de couleur blanchâtre nacrée. A côté de cette tache principale plusieurs autres petites arrondies, nacrées aussi ou légèrement opalines.

Nous assistâmes à l'évolution successive des lésions qui existaient déjà. La leucoplasie s'accrut en étendue, la plaque s'indura, s'excoria, s'épaissit, puis à la longue donna naissance à des végétations discrètes. Le col s'atrophia.

Ces lésions mirent des mois et des années à se montrer et à évoluer.

Le col fut atteint, le cul-de-sac antérieur aussi.

L'exulcération donna lieu à des hémorragies qui ne furent jamais très abondantes mais légèrement fétides.

La constipation est vaincue à l'aide de lavements.

Deux injections par jour légèrement antiseptiques.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit manifestement d'un épithélioma.

CONCLUSIONS

1° Deux sortes d'épithéliomas primitifs du vagin ont été très bien isolées :

a) Épithéliomas primitifs : lobulés (plus fréquents), tubulés ;

b) Épithéliomas cylindriques ayant pris naissance sur les restes des canaux de Gartner.

La leucoplasie vaginale évolue souvent vers l'épithéliome, mais l'épithélioma n'est pas le terme obligé de la leucoplasie.

2° La théorie des anomalies congénitales explique les épithéliomes cylindriques.

Les greffes néoplasiques observées par Hartmann expliquent aussi certains épithéliomes pavimenteux. Enfin, comme cause occasionnelle, l'irritation a une action certaine (Pessaire ; prolapsus utérin, vaginal ; et même leucoplasie), mais insuffisante pour expliquer l'épithéliome. La cause première, vraie, de l'épithéliome, nous échappe encore.

3° Le pronostic, quoique réservé, n'est point toujours fatal ; mais il est grave, surtout au point de vue obstétrical : la vie du fœtus est rarement compromise, mais la grossesse semble hâter la terminaison fatale pour la mère. L'accouchement est rendu souvent très pénible et nécessite parfois une intervention sanglante.

Vu : le Président de la thèse
CORNIL

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

AUVARD. — Traité pratique de gynécologie, Paris, 1892, p. 176.

BAILLY. — *Gazette des Hôpitaux*, 1873.

BELLAMY. — *Medical Times and Gazette*, 1880, vol 11.

BERNARD. — *Thèse Paris*, 1894-1895. Tome IV, 219.

BONNEFOUS. — *Thèse Paris*, 1902-1903. Tome IV, 88.

BOISSIER. —*Bulletin de la Société anatomique*, 17 juillet 1874, p. 588.

CHASSAIGNAC. — *Gazette des Hôpitaux*, 1844.

CRUVEILHIER. — *Bulletin Société anatomique*, 1827.

CARON. — *Thèse Paris*, 1884-1885. Tome IV, 369.

DUPLAY. — *Tribune médicale de Paris*, 1905, n° 1, XXXVII, 119.

EPPINGER. — *Pragues Vieterhjahrse*, 1848.

FORGUE. — Traité de pathologie externe.

HARTMANN. — Compte rendu Société de gynécologie et de pédiatrie, 4 février 1907.

HIRSCH. — Der primare Scheidenkrebs, Münich, 1883.

HOUZEL. — *Bullet. Soc. anat*, 23 mai 1890, p. 258.

KÜSTNER. — *Arch. gynœk.* B. d. IX, 1876, p. 279.

LEGUEU. — *Société Chirurgie*, février 1907.

LISFRANC. — Cliniques de la Pitié, t. II.

MARIE. — *Bullet. et mém. Soc. anat. de Paris*, 1905, XXIX, 13, 15.

MARTIN. — Traité clinique maladie des femmes.

Masson. — *Gazette des Hôpitaux.*

Mayer. — Verhandlung der Gesellsch f. Geburts, Berlin, 51.

Mayet. — *Compte rendu de l'Académie des Sciences*, Paris, 1905.

Nélaton. — *Gaz. Hôpitaux*, 1850.

Pchelin. — *Vrach*, Saint-Pétersbourg, 1890.

Péan. — Leçons de clinique chirurgicale.

Pichevin. — *Gaz. gynécol.*, Paris, 1904, XIX, 369, 371.

Pinna Pintor. — *Giornale della R. Acad. di. med. di. Torino*, 1900, n° 5.

Pozzi. — Traité de gynécologie.

Polosson et Violet. — *Ann. de gynéc. et obst.*, Paris, 1905. 2 s. II, 675, 681.

Potherat. — *Bullet. et mém. Soc. chirurgie*, Paris, 1906. n. s. XXXII, 703, 705.

Reclus. — *Gaz. de méd. et de chir.*, 1887, p. 420.

Rollin. — Paris, 1906, C. Jacques, 192, p. 8, pl. 8.

Rondot. — *Gaz. hebd.*, 1875, n°s 14, 15, 16.

Schmideleschner. — *Arch. Gynéc.*, Berlin, 1905, XXIV, 300, 316.

Schmidt. — Gesellsch. für Geburtsch. und Gynæk. Koln, décembre 1891.

Schumann. — *Ann. Obst.*, IV, V, 1905, 644, 653.

G. Schwarz. — Ueberdie erfolge der Radical operation der vulva und vagina carcinome, Berlin, 1893.

Virchow. — Pathologie des tumeurs.

Veit. — Gesellsch f. Geburtsch und gynæk. Berlin, mars 1892.

Isch-Wall. — *Journal de méd. de Paris*, 1905.

Zizold. — *Münich med. Wochensch*, 1889.

Imprim. des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.